

Не было выявлено корреляции между снижением активности воспаления, а так же улучшением функциональной способности пациентов и получаемой терапией (вне зависимости от продолжения приёма пациентами базисных препаратов, глюкокортикоидов). Это в очередной раз показывает приоритетность артропластики в достижении лечебного эффекта у пациентов с активной фазой РА.

Заключение. ЭП суставов у пациентов с высокой активностью РА может считаться вполне обоснованным и эффективным в плане улучшения функциональной способности и купирования боли. Удаление патологически измененных тканей сустава не только способствует снижению активности РА в целом, но и повышает ответ на базисную терапию после операции, правда со значительным интервалом во времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров, С.А. Актуальные проблемы эндопротезирования тазобедренного сустава при ревматических заболеваниях (по данным зарубежной литературы за 2006–2011 гг.). / С.А.Макаров, В.П.Павлов // Научно-практическая ревматология. 2012; 51(2):112-114.
2. Савенкова, Н.А. Отменять ли базисную терапию больным ревматоидным артритом перед эндопротезированием суставов? / Н.А.Савенкова, В.Н.А-

мирджанова, С.А.Макаров [и др.] // Научно-практическая ревматология. 2011; (3):46-50.

3. Рекомендации по лечению ревматоидного артрита. Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев по поручению группы экспертов АРР, 2013 г. <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>.

RESULTS OF ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT IN PATIENTS WITH HIGHLY ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS

Gimadeeva A.M.¹, Lapshina S.A.^{1,2}, Gilmutdinov I.Sh.², Ardashev S.A.¹, Ahtyamov I.F.^{1,2}

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation; ²Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russian Federation

Objective: to evaluate the results of EP knee and hip joints in patients with highly active RA, depending of the initial therapy and its effect on patients' quality of life during the first year after surgery. Conclusion. EP joints in patients with highly active RA may be considered quite reasonable and effective in improving functional ability and pain relief.

Keywords: rheumatoid arthritis, DAS28, high activity, endoprosthesis replacement.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Р.И.Гриднева, М.М. Закиров, Н.А. Ковешникова,
Е.Л.Кондрыкинский, Г.И.Початкова, А.И.Житенева

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко»,
г.Воронеж, Российская Федерация
БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1»,
г.Воронеж, Российская Федерация

В статье обсуждается структура заболеваний суставов у детей по данным госпитализации. За 15-летний период наблюдения наибольший удельный вес в структуре приходился на долю реактивных артритов. В течение последнего десятилетия отмечается тенденция к уменьшению в данной патологии доли реактивных артритов и увеличению числа пациентов с хроническими воспалительными артропатиями.

Ключевые слова: дети, заболевания суставов, структура, реактивные артриты, ювенильные артриты

Болезни суставов у детей – один из сложных разделов педиатрии. Актуальность изучения этих болезней, нередко имеющих длительное прогрессирующее течение, обуславливается их относительно большой частотой и трудностью диагностики [1, с.8]. По данным ВОЗ, свыше 4% населения земного шара страдают различными заболеваниями суставов и позвоночника [2, с.55]. Известно, что большинство ревматических заболевания дебютируют в детском возрасте и имеют тенденцию к хроническому течению, что обуславливает социальную значимость этой проблемы [3, с.344]. В структуре ревматических болезней у детей на первом месте стоят реактивные артропатии, на втором – ювенильный артрит, на третьем – системные поражения соединительной ткани [4, с.498]. Артропатии отличаются многообразием. С одной стороны, это болезни суставов как самостоятельные нозологические формы, с другой – поражения суставов при различных заболеваниях и патологических состояниях. Описано более 100 заболеваний (аллергические заболевания, диффузные заболевания соединительной ткани, метаболические нарушения, эндокринопатии, заболевания крови и пищеварительного тракта, злокачественные опухоли и др.), при которых может появляться суставной синдром [5, с.48].

Частота встречаемости отдельных нозологических форм заболевания у детей в различные возрастные периоды и у взрослых неодинакова. Из группы воспалительных заболеваний суставов у детей чаще, чем у взрослых, развиваются некоторые специфические артриты – туберкулезный, септический, реже – ревматический, псориазический артриты, болезнь Рейтера, значительно реже в сравнении со взрослыми – анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) и другие. Безусловно, классическим примером детской патологии является большая группа ювенильных артритов, во многом отличающихся от ревматоидного артрита взрослых [6, с.7]. Однако сообщений, касающихся распространенности и структуры артропатий у детей, в литературе недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры заболеваний суставов у детей по данным госпитализации специализированного отделения.

Материал и методы: проведен сравнительный анализ структуры заболеваний суставов у детей по данным госпитализации в течение 15-летнего периода наблюдения. Все больные с данной патологией обследовались и лечились в кардиоревматологическом отделении Воронежской областной детской клинической больницы №1 в пе-

риод с 1997 по 2012 год. Возраст пациентов от 2 до 18 лет. Проводились общеклинические, рентгенологические, ультразвуковые, серологические и иммунологические методы исследования.

Результаты и обсуждение: проведенный анализ показал, что в общей структуре заболеваний патология опорно-двигательного аппарата составляла ежегодно в среднем 14–20%. Всего в течение 1997г. в отделении лечились 184 таких больных, среди них детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) было 19 (10,3%), ювенильным хроническим артритом (ЮХА) – 35 (19,0%), реактивным артритом (РеА) – 53 (28,9%), заболеваниями суставов невоспалительного характера (ЗСН) – 77 (41,8%).

Преобладание в структуре заболеваний суставов у детей артритов, среди которых наибольший удельный вес приходился на долю реактивных, отмечалось в течение всего периода наблюдения. Чаще всего эта группа артритов регистрировалась у детей дошкольного возраста.

Следует отметить ежегодное увеличение заболеваемости РеА в течение первых лет наблюдения (1997г. – 53, 1998г. – 71, 1999г. – 90 больных), что мы связываем с ростом кишечных инфекций в области. При проведении серологических исследований у больных этой группы в 1999г. (реакция Видаля с кишечным диагностикумом) положительные результаты отмечались в 46,0% случаев. В 17 наблюдениях причиной постэнтероколитических артритов был сальмонеллез, в 2 – дизентерия, в 3 – иерсиниоз. У 5 из 90 больных диагностирована болезнь Рейтера, причем в 4 случаях при этом в дебюте заболевания была перенесенная кишечная инфекция (сальмонеллез – 3, дизентерия Флекснера – 1), у 1 ребенка причиной заболевания явился хламидиоз.

В целом число больных с РеА, ежегодно поступающих на лечение в отделение в последние 3 года, в динамике уменьшилось по сравнению с прошедшим десятилетием. Данная ситуация объясняется, по всей видимости, снижением заболеваемости детей острыми кишечными инфекциями бактериальной этиологии, которые являются основным пусковым механизмом возникновения РеА [7, с.348]. Однако в последние годы отмечается увеличение числа пациентов подросткового возраста, причиной возникновения артритов у которых являлась урогенитальная инфекция.

За период 2011–2012гг. число больных, пролеченных по поводу РеА, оставалось на уровне 2010 года. Однако количество койко-дней увеличилось, что связано с более тяжёлым течением заболевания.

Ежегодный прирост больных с ювенильными артритами (ЮА) остаётся прежним, однако меняется преобладание различных типов ЮА внутри нозологической формы. Необходимо отметить увеличение числа больных, заболевших системными формами ювенильного артрита.

В 2009–2012гг. имело место увеличение количества госпитализаций с хроническими воспалительными артропатиями. Отмечались случаи поздней диагностики данной патологии. В одном случае диагноз был установлен через 6 месяцев, а в другом – через 2 года с момента дебюта заболевания.

Пик заболеваемости ЮРА приходился на пациентов в возрасте от 8 до 15 лет. В большинстве случаев имел место серонегативный вариант заболевания.

Заболеваемость ЮХА была наибольшей у мальчиков школьного возраста. Как показывает накопленный врачебный опыт, на ранних стадиях хронического суставного заболевания у ребенка не всегда удается определить нозологическую принадлежность, катamnестическое же наблюдение нередко позволяет окончательно установить диагноз. Так, в наших наблюдениях у 2 девочек диагноз ЮХА изменен на псориатический. У мальчика, наблюдавшимся в течение нескольких лет с диагнозом ЮХА, в 2011г. заболевание верифицировано как анкилозирующий спондилоартрит.

Проведен анализ частоты встречаемости различных артритов у детей в зависимости от половой принадлежности. ЮРА значительно чаще регистрировался у девочек (73,7%), ЮХА – у мальчиков (80,0%), при РеА половые различия были менее значимыми (мальчики – 59,0%, девочки – 41,0%).

В группу заболеваний суставов невоспалительного характера включены больные с остеохондропатиями, дисплазией соединительной ткани, гипермобильностью суставов, плоскостопием, артралгиями. Диагностика этой патологии проводилась методом исключения других ревматологических заболеваний. Большой удельный вес в структуре ЗСН занимает синдром гипермобильности суставов.

Выводы: таким образом, по данным госпитализации в структуре заболеваний суставов у детей преобладают артриты, среди которых наиболь-

ший удельный вес приходится на долю реактивных. В течение последнего десятилетия отмечается тенденция к уменьшению в структуре данной патологии доли реактивных артритов и увеличению числа пациентов с хроническими воспалительными артропатиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология: клинические лекции / под ред. В.В.Бадюкина. – Москва: Литтерра, 2012. – 592с.
2. Клиническая ревматология (руководство для врачей) / под ред. В.И.Мазурина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. – 520с.
3. Детская кардиология и ревматология: Практическое руководство / под общ. ред. Л.М.Беляевой. – Москва: ООО «Медицинское информ. агентство», 2011. – 584с.
4. Кардиология и ревматология детского возраста / под ред. Г.А.Самсыгиной, М.Ю.Щербаковой. – Москва: ИД Медпрактика-М, 2004. – 744с.
5. Реуцкий, И.А. Диагностика ревматических заболеваний: Руководство для врачей / И.А.Реуцкий, В.Ф.Маринин, А.Ф.Глотов. – Москва: ООО «Медицинское информ. агентство», 2011. – 440с.
6. Детская ревматология: Руководство для врачей / под ред. А.А.Баранова, Л.К.Баженовой. – Москва: Медицина, 2002. – 330с.
7. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720с.

ARTHROPATHY IN CHILDREN

Gridneva R.I., Zakirov M.M., Koveshnikova N.A., Kondrykinskiy E.L., Pochatkova G.I., Zhiteneva A.I.

N.N.Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russian Federation
Voronezh Regional Children's Clinical Hospital No.1, Voronezh, Russian Federation

The article discusses arthropathy structure in children according to hospital admission data. Proportion of reactive arthritis is considered to be dominating for the recent 15 years of observation. Over the last ten years, the amount of reactive arthritis tends to decrease but the number of patients with chronic inflammatory arthropathies tends to increase.

Keywords: children, arthropathy, structure, reactive arthritis, juvenile arthritis.